Directeur des Soins

Promotion : **2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

Contribution du Directeur des Soins à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital : urgences et filière interne

Pascal GAILLOURDET

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier qui m'ont accueilli et se sont rendus disponibles pour la réalisation de cette étude.

Je remercie Karine CHAUVIN, Claudine HEMERY et Jean-Claude VALLEE qui m'ont guidé et accompagné tout au long de la réalisation de ce mémoire.

J'ai une pensée émue pour Jacqueline PRESLE (†), Directrice des Soins, la première qui m'incita dans cette voie.

J'exprime mes plus vifs remerciements à Alain KNOPF, pour ses encouragements et son inconditionnel soutien pendant la préparation du concours et cette année de formation.

Je remercie tous mes compagnons de promotion, attentifs, sympathiques et joyeux qui empreignent notre passage à l'EHESP.

Enfin, je remercie particulièrement Martine, Cathy, Patrick et Jérôme pour les soirées de travail, pour leur écoute, leur disponibilité et surtout leur amitié.

A Siegfried,

Sommaire

Introduction 1

1 Les personnes âgées et la médecine d'urgence 5

1.1 Les personnes âgées, une hétérogénéité de population 5

1.1.1 Le vieillissement et la vieillesse, des définitions et des nuances 5

1.1.2 Les représentations sociales de la vieillesse 6

1.2 La population vieillissante à l'hôpital 7

1.2.1 Les données démographiques 7

1.2.2 Les évolutions de prise en charge liées au vieillissement 7

1.3 Les impacts du vieillissement de la population 8

1.3.1 Les impacts sur les dépenses de santé 8

1.3.2 La mise en place de politiques nationales 9

1.4 Les difficultés de la prise en charge des personnes âgées aux urgences 11

1.4.1 Le patient poly-pathologique et son évaluation 11

1.4.2 Le recours à l'hôpital et aux urgences 12

2 Les réalités d'un terrain hospitalier 13

2.1 Le cadre de l'enquête 13

2.1.1 La méthodologie 13

2.1.2 Le centre hospitalier de référence au sein du territoire de santé 14

2.2 L'organisation des urgences ne permet pas une prise en charge adaptée des personnes âgées 16

2.2.1 La médecine des urgences et la gériatrie répondent à deux logiques de prise en charge 16

2.2.2 La suroccupation, une préoccupation commune à la gériatrie et aux urgences 17

2.3 La coordination insuffisante des pôles ne favorise pas la prise en charge en filière 18

2.3.1 L'affichage d'une filière interne gériatrique n'est pas matérialisé 18

2.3.2 L'incidence de la nouvelle gouvernance 19

2.4 Les professionnels de santé et la gériatrie 20

2.4.1 La gériatrie n'est pas attractive 20

2.4.2 La formation en gériatrie n'est pas toujours adaptée 22

3 La contribution du Directeur des Soins à la mise en place d'une filière gériatrique 23

3.1 Participer aux orientations stratégiques de l'établissement 23

3.1.1 Un engagement de la direction 23

3.1.2 Du projet de soins au projet de vie 24

3.2 S'appuyer sur une dimension managériale 24

3.2.1 Valoriser les professionnels du secteur personnes âgées 24

3.2.2 Favoriser une politique d'intégration efficace 26

3.3 Améliorer la qualité des soins et de la prise en charge 26

3.3.1 Par une formation des paramédicaux plus adaptée et valorisée 26

3.3.2 Par la démarche projet et la promotion du travail interprofessionnel 27

3.4 Intégrer le parcours de soins de la personne âgée à l'hôpital dans une démarche professionnelle transversale 29

3.4.1 Chemin critique, chemin clinique 29

3.4.2 Propositions contribuant à l'amélioration de la fluidité du parcours patient 30

Conclusion 33

Bibliographie 35

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ALD	Affection Longue Durée
APA	Aide Personnalisée d'Autonomie
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHC	Centre Hospitalier inter-Communal
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DARU	Direction de l'Accueil et des Relations avec les Usagers
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
HAD	Hospitalisation à Domicile
HNP	Hospitalisations Non Programmées
HTCD	Hospitalisation de Très Courte Durée
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PME	Petite Moyenne Entreprise
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PSIRMT	Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechnique
SFMU	Société Francophone de Médecine d'Urgence
SMTI	Soins Médicaux Techniques Importants
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

« Quand j'étais jeune, il n'y avait autour de moi que des vieux,
maintenant que j'ai vieilli, je ne vois plus que des jeunes »
Boris Cyrulnik

Introduction

Depuis la fin du XIXème siècle, l'espérance de vie a augmenté de façon régulière et spectaculaire dans la plupart des sociétés occidentales. Les prévisions démographiques attestent, depuis de nombreuses années, du vieillissement de la population, entendu comme l'augmentation de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population globale. Aujourd'hui, une personne de 60 ans a trois chances sur quatre d'atteindre l'âge de 80 ans, contre une sur quatre en 1900. Le vieillissement s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie comme en témoigne l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Celle-ci progresse même à un rythme plus rapide que l'espérance de vie. Ces progrès se faisant en partie au prix d'une augmentation des consommations des services médicaux, une adaptation du système de santé face au vieillissement de la population s'impose de façon continue.

Mais à quel âge devient-on une personne âgée ? De nombreux rapports continuent à utiliser l'âge de cessation d'activité comme marqueur de la vieillesse, c'est-à-dire 60 ou 65 ans, mais les seuls critères démographiques ne sont pas suffisants pour mesurer l'ampleur du vieillissement. L'âge de la vieillesse ne fait pas consensus, tant la perception de la vieillesse varie selon les cultures et les époques. Qu'y-a-t'il de commun entre une personne âgée de 65 ans en 2009 et une personne du même âge cinquante ans plus tôt ? Aujourd'hui est-on vieux de la même façon à 65 ans et à 80 ans ? Ce n'est pas certain. Les bornes de 60 et 65 ans ne sont plus pertinentes pour analyser les problèmes de santé liés au vieillissement. Les jeunes retraités ont en effet maintenant un niveau de revenu, des comportements de consommation et un état de santé qui les rapprochent plus des 50-59 ans que des plus âgés. Ainsi certains auteurs ont essayé d'introduire de nouveaux indicateurs pour mesurer les évolutions temporelles du vieillissement.
P. Bourdelais[1] propose de retenir comme marqueur l'âge auquel il ne reste plus que dix années à vivre. Selon cet indicateur, la croissance du vieillissement n'a pas la même ampleur que celle que l'on observe à partir des seuls critères démographiques.

Face à ces différences, le choix a été fait dans ce mémoire de s'intéresser aux âges à partir desquels la fréquence des incapacités augmente fortement, c'est-à-dire les 75 ans

[1] BOURDELAIS P.,1997, *L'âge de la vieillesse,* Ed. Odile Jacob, 503p.

ou plus, borne utilisée par le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport sur l'analyse de l'état de santé de la population[2]. Parallèlement au vieillissement de la population, nous assistons, au développement des pathologies liées à l'âge (85% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique), à l'institutionnalisation croissante des nonagénaires et à une augmentation du nombre de personnes dépendantes, estimée de 14 à 33% entre 2000 et 2020.

Si l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé demeure controversé, il est communément admis que les sujets âgés sont non seulement polypathologiques chroniques, mais leurs pathologies sont plus lourdes à traiter, la thérapeutique est plus coûteuse et doit être prolongée souvent à vie. La durée d'hospitalisation est généralement plus longue que pour toute catégorie de la population et la nécessité de convalescence en institut de post-hospitalisation est très importante.

La prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital devient un enjeu important. En effet les séjours hospitaliers peuvent augmenter le risque de dépendance par une prise en charge médicale et sociale inadaptée. Compte tenu du vieillissement inéluctable de la population, le taux de malades âgés dans la population hospitalière ne peut que s'accroître. L'institution est donc souvent en difficulté face à des patients aux séjours prolongés et fréquents, par défaut d'une évaluation médicale et sociale spécifique et par manque de place dans des unités adaptés à la spécificité gériatrique. Selon le rapport du Conseil Economique et Social, « l'hôpital public en France »[3], près du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus, avec une incidence très élevée au-delà de 80 ans. La majorité des patients âgés entrent à l'hôpital par les urgences. Les risques induits par l'admission d'une personne fragile dans une telle structure sont connus et multifactoriels : le temps d'attente, le manque de disponibilité du personnel, l'absence de compétence gériatrique. Les facteurs de fragilité peuvent ne pas être repérés et les polypathologies non décelées et au final, une mauvaise orientation, une immobilisation prolongée, peuvent irrémédiablement engager le sujet âgé dans un processus d'aggravation de la dépendance et de la perte d'autonomie le conduisant, à l'issue de l'hospitalisation, à son institutionnalisation. L'hospitalisation non programmée avec un recours aux urgences dans 75 % des cas, renforce la mission de proximité pour les personnes âgées des hôpitaux alors que l'activité intrinsèque de chacun de leurs services s'est spécialisée voire hypersegmentée.

---

[2] La santé en France. HCSP. Ed. La Documentation Française, 2002, 410 p.
[3] L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Rapport du Conseil Economique et Social présenté par Monsieur Eric MOLINIE, 21 juin 2005, 130 p.

C'est dans ce contexte d'évolutions démographique et sociétale que survient la canicule d'août 2003. Cet événement, qualifié par un quotidien[4] « d'été le plus meurtrier en France depuis la libération », fera 12 000 morts selon le ministère de la santé. Ces décès surviennent dans un contexte d'isolement et de solitude des personnes âgées, associés à des difficultés de prise en charge institutionnelle. La médiatisation de l'événement fait prendre conscience aux citoyens et aux hommes politiques, de l'inadaptation des filières dédiées aux personnes âgées et confirme la nécessité d'une prise en charge spécifique. Les pouvoirs publics vont dès lors, mettre en place rapidement une réflexion collective, puis une politique et des actions concertées en faveur des personnes âgées.

Ces aspects démographiques du vieillissement rendent indispensable la nécessaire adaptation de l'hôpital, afin d'organiser une prise en charge spécifique et de qualité de la personne âgée, c'est-à-dire une prise en charge gériatrique précoce dès les urgences. Le Directeur des Soins, membre de l'équipe de direction, est garant de la qualité des soins dans l'établissement où il assume ses missions[5]. L'article 4 du décret cité en référence précise : *« le Directeur des Soins participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ; Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ».* La prise en charge de la personne âgée à l'hôpital et l'organisation d'une filière interne sont des enjeux d'avenir et demeurent des préoccupations pour le Directeur des Soins.
Si certaines initiatives de type « Equipes mobiles de gériatrie » existent, elles sont loin d'être suffisantes en rapport de la vitesse du vieillissement de la population. Face aux différentes politiques engagées dans ce domaine depuis plus de vingt ans, il convient de s'interroger sur la place de la personne âgée à l'hôpital. Le questionnement initial qui peut être posé s'inscrit de la façon suivante :
« Dans un contexte de vieillissement de la population, pourquoi une filière pour les personnes âgées est-elle difficile à mettre en œuvre à l'intérieur d'un établissement de santé ? »
A partir de ce questionnement, plusieurs hypothèses sont envisagées : l'organisation des services d'urgence ne permet pas une prise en charge rapide et adaptée des personnes âgées ; le manque de coordination des pôles ne favorise pas une prise en charge en filière ; le manque de formation des professionnels ne favorise pas la prise en charge des personnes âgées, ni leur orientation.

[4] Le Monde, 10 septembre 2003
[5] Décret n°2002-50 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Cette étude, réalisée dans un centre hospitalier de référence, a pour objet de proposer une lecture des problèmes évoqués par les professionnels en exercice en s'appuyant sur des données statistiques propres à cet établissement.

Une première partie, consacrée aux personnes âgées et au recours à la médecine d'urgence, présente les évolutions des données démographiques, politiques, économiques et sanitaires ainsi que les représentations sociales de la vieillesse. Elle situe la problématique actuelle de la personne âgée dans la société et plus particulièrement à l'hôpital.

La seconde partie aborde la démarche d'enquête menée auprès des professionnels de santé. L'analyse des données et des informations recueillies présente les perceptions, les représentations, les pratiques des acteurs et permet de vérifier la pertinence des hypothèses.

La troisième partie propose des axes de réflexion, de stratégie, de pilotage et d'opérationnalité pour le Directeur des Soins.

1 Les personnes âgées et la médecine d'urgence

1.1 Les personnes âgées, une hétérogénéité de population

1.1.1 Le vieillissement et la vieillesse, des définitions et des nuances

Le vieillissement peut se définir par l'ensemble des modifications qui surviennent avec l'avancée en âge et qui diminuent la résistance et l'adaptabilité de l'organisme à son environnement[6]. Ce phénomène normal doit être distingué du vieillissement pathologique qui est accéléré ou abrégé par des maladies. C'est un processus biologique évolutif qui débute à la naissance, inéluctable, fonction du temps chronologique, même si la relation entre le temps et le vieillissement est tout, sauf linéaire.

Le vieillissement s'accompagne d'une perte d'efficacité des systèmes de régulation physiologique. Il faut souligner que cette réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre (vieillissement différentiel inter organe), de plus, à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu à l'autre (vieillissement inter individuel). Les conséquences du vieillissement peuvent s'avérer très importantes chez certains sujets et être minimes, voire absentes pour d'autres individus du même âge. Le vieillissement est aussi fonction de l'environnement économique, socioculturel, familial, psychologique de la personne. La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité.

Le vieillissement est donc dû à l'action du temps sur les êtres vivants et il accentue les inégalités. Jean-Pierre AQUINO[7], gériatre, le définit ainsi et en identifie trois types :

- Le vieillissement réussi, en l'absence de pathologie,
- Le vieillissement normal, avec des atteintes non pathologiques liées à l'âge,
- Le vieillissement plus difficile, associé à des maladies ou à des handicaps.

« Le vieillissement est un phénomène biologique universel et inéluctable…. La vieillesse est un phénomène culturel, une création humaine »[8]. Pour Danielle THIEBAUD la sémantique est révélatrice à la fois de la gêne de la société vis-à-vis de la chose nommée et de son désir de faire évoluer positivement la perception des personnes âgées dans la société. Cette distinction permet de rappeler que la réalité du vieillissement physiologique n'est plus corrélée au vieillissement social.

---

[6] ALLARD M., THIBERT-DAGUET A., *Longévité mode d'emploi,* Ed. le cherche midi, 1998, p.20
[7] AQUINO JP., *Le vieillissement et le plan national bien vieillir,* Hôpitaux magazine, avril 2007, p.31
[8] THIEBAUD D.,THEZE N., *Comprendre le vieillissement : libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse,* Ed. le champ social, 2005, p.56

1.1.2 Les représentations sociales de la vieillesse

D. JODELET définit une représentation sociale comme : *« …un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elle est déterminée à la fois par la personne elle-même (son histoire, son vécu…) et par le système social et idéologique dans lequel elle est insérée »*[9]. L'auteur précise que les représentations sociales sont utiles car elles contribuent à la compréhension de notre environnement et participent à la construction de nos relations à autrui.

Depuis le rapport LAROQUE en 1962, on utilise souvent le terme générique « personnes âgées » pour remplacer ceux de vieux, vieillards qui ont souvent des connotations négatives de déclin, de déchéance ou d'incapacité. Cependant parler des personnes âgées comme un groupe distinct n'a aucun sens, ce groupe est socialement défini par l'âge de la retraite soit 60 ans en France. Cet âge a peu de signification en ce qui concerne l'approche des problèmes de santé présents dans cette population, c'est en effet beaucoup plus tard qu'apparaissent les problèmes posés par les polypathologies ou la dépendance.

Le terme « senior »[10], plus employé aujourd'hui, a une connotation positive. Il désigne l'ensemble des gens âgés, nouveaux consommateurs, nombreux, fortunés, soucieux de leur santé et de leur bien-être. L'image du senior repose sur des critères économiques et sociaux[11], mais lorsque le critère relève du registre biologique, surgit alors la figure de la « personne âgée » avec toutes ses représentations sociales dominantes.

Selon les résultats d'études épidémiologiques et l'opinion de la plupart des professionnels de santé : « les principales incapacités liées à l'âge apparaissent à partir de 75 ans, voire 80 ans, l'âge de « 75 ans et plus » a donc été retenu pour définir la personne âgée. La plupart des dispositifs sont calibrés avec cette définition (répartition des places de service de soins infirmiers à domicile, nombre de consultations mémoire, etc.)[12] ».

Ceci nous conduit à étudier l'évolution nécessaire de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital.

---

[9] JODELET D., *Les représentations sociales,* Ed. PUF, Paris, 1989.
[10] Senior : mot d'origine latine signifiant « plus âgé », le senior se situe entre le junior et le vétéran.
[11] DEVAUX M., JUSOT F., TRANNOY A., *La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents,* Economie et Statistique, 2008, n°411, p. 25-46
[12] Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération, *Prise en charge des personnes âgées,* p.2

1.2 La population vieillissante à l'hôpital

1.2.1 Les données démographiques

Les démographes parlent du vieillissement de la population en France et en Europe, à propos de la part croissante des personnes âgées de plus de 60 ans dans nos sociétés. Au 1er janvier 2005, la France comptait près de 5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans ou plus, soit 8% de la population totale. Elles représenteront 12% de la population totale en 2030, soit une progression de 2% par an (INSEE 2007).

Parmi ces personnes, 78% sont âgées de 75 à 84 ans, et 22% de 85 ans ou plus, soit un million de personnes. Près de 90% vivent à leur domicile et à partir de 85 ans, trois personnes sur quatre sont encore dans ce cas[13]. L'espérance de vie à 75 ans a atteint en 2005 onze ans pour les hommes et quatorze ans pour les femmes, soit pratiquement une année de vie supplémentaire depuis 1999, évolution qui bénéficie aux deux sexes.

Cependant la santé de nombreuses personnes âgées reste fragile comme en témoigne les conséquences de la canicule de l'été 2003 (12 000 décès parmi les 75 ans et plus). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en se basant sur des seuils de prévalence des pathologies qualifie de « jeunes vieillards » les sujets âgés de 60 à 75 ans, de « vieillards » ceux qui sont âgés de 75 à 90 ans et de « grands vieillards » au-delà de 90 ans.

1.2.2 Les évolutions de prise en charge liées au vieillissement

Longtemps l'hôpital a rempli ses missions de service public telles qu'elles sont définies dans l'article L611-2 du code de la santé publique. Aujourd'hui sous l'effet de divers facteurs (vieillissement de la population, survenue de la canicule etc…) le monde hospitalier est conscient de la nécessité d'une prise en charge plus globale de la personne âgée, mais de quelle personne âgée s'agit-il ? Les conférences de consensus distinguent la personne âgée fragile du patient gériatrique en s'appuyant sur plusieurs disciplines : la gériatrie et la gérontologie. En réalité la gérontologie et la gériatrie sont deux disciplines complémentaires dont l'une, la gériatrie, s'inscrit dans le champ de l'autre, la gérontologie. Toutes deux visent à la connaissance du vieillissement humain et des pratiques permettant d'en améliorer le cours.

- **La gériatrie**

La gériatrie[14] (gérontologie clinique) est une spécialité médicale qui traite des maladies des sujets âgés (plus de 60 ans) et doit s'appliquer de la prévention au traitement sans oublier la prise en charge. Elle s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire médico-

[13] CREDES, bulletin d'information en économie de la santé, mars 2003
[14] terme utilisé pour la première fois par Isaac NASHER, Etats-Unis, 1909

psycho-sociale et doit se retrouver dans la démarche individuelle du médecin et se concrétiser dans la composition pluridisciplinaire des équipes sous des formes variées, aussi bien à l'hôpital qu'en milieu institutionnel ou à domicile.

- **La gérontologie**

La gérontologie désigne l'étude des processus du vieillissement humain sous leurs divers aspects morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociaux. Ce n'est pas une science autonome, elle concerne à ce titre des sociologues, des psychologues, des anthropologues, des ethnologues, des philosophes, des historiens, des démographes, des économistes, à côté des médecins et des biologistes. Cette diversité implique qu'il n'y a pas de gérontologues exclusifs[15], toutes les avancées des sciences médicales, biologiques et humaines contribuent aux progrès de la matière.

Au fur et à mesure de l'allongement de la vie d'autres disciplines apparaissent comme la psychogériatrie ou la gérontopsychiatrie[16].

- **La psychogériatrie**

La psychogériatrie correspond à la prise en charge de la souffrance psychique de la personne face à son vieillissement, généralement dans un contexte de vieillissement pathologique (poly-pathologies, démences de type Alzheimer et démences apparentées…).

- **La gérontopsychiatrie**

La gérontopsychiatrique correspond à la prise en charge psychiatrique de personnes âgées, que ce soit pour des pathologies mentales chroniques ou récentes, en phase aigüe ou non. Cette discipline relève essentiellement de la compétence des psychiatres.

1.3 Les impacts du vieillissement de la population

1.3.1 Les impacts sur les dépenses de santé

Le montant des dépenses de santé en France s'est élevé en 2006 à 198,3 milliards d'euros, soit 11,1 % du produit intérieur brut et une somme de 3 318 euros par habitant, selon les comptes nationaux de la santé, publiés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère de l'emploi et de la santé). Chaque année, près de 330 000 personnes de plus de 75 ans sont admises en affection de longue durée (ALD) par les régimes d'assurance maladie et la dernière année de vie serait cinq fois plus coûteuse que les autres.

[15] Pr Francis Kuntzmann – Hôpital de la Robertsau - Strasbourg
[16] Première rencontre de gérontopsychiatrie et de psychogériatrie en Anjou, Angers 2004

Les professionnels de santé et les pouvoirs publics sont alarmistes. Les sujets âgés sont non seulement poly-pathologiques chroniques, mais leurs pathologies sont plus lourdes à traiter, c'est-à-dire que les thérapeutiques sont plus coûteuses et doivent être prolongées souvent à vie. La durée d'hospitalisation est souvent plus longue, la nécessité de convalescence en institut post-hospitalisation est accrue. Au final, les "jeunes vieillards" coûtent 3 fois plus et les "vieillards" 5 fois plus en soins par an que la population des 15-60 ans.

Cependant, l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé demeure controversé.

L'augmentation de la durée de vie s'accompagne en partie d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité, c'est le constat de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance menée par l'INSEE. Jean de KERVASDOUE[17], économiste de la santé, explique le faible impact du vieillissement sur les dépenses de santé. Celui ci explique : *« L'espérance de vie a certes augmenté de huit années en trente-cinq ans, mais le nombre de mois de dépendance est resté stable, aux alentours de huit mois »*[18].

Autant il est pertinent de prédire que le vieillissement contribuera à augmenter les dépenses de santé, autant il est erroné d'y voir la source principale de la croissance à venir de ces dépenses. Il y a là un glissement sémantique tout à fait illégitime. Brigitte DORMONT[19] précise que cette représentation laisse de côté d'autres facteurs comme l'évolution de l'état de santé de la population et la dynamique des innovations médicales.

L'impact du vieillissement sur les dépenses médicales dépend en réalité de l'évolution future de la morbidité par âge. Si l'allongement de la vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé, l'accroissement de la proportion de personnes âgées conduira à une augmentation moindre de la dépense par patient. En revanche si l'amélioration de l'état de santé par âge est « acheté » par une intensification des soins, alors les dépenses pourraient croître de façon exponentielle. Le vieillissement n'augmente pas fatalement les dépenses de santé par un processus inéluctable, mais il est affaire de choix et d'arbitrages sociaux.

1.3.2 La mise en place de politiques nationales

Depuis la création en 1962 de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre LAROQUE et de son rapport qui fit autorité, des politiques sont mises en place pour répondre aux besoins des personnes âgées, sur le plan sanitaire, social et économique.

---

[17] KERVASDOUE J., *La santé intouchable, 1996, 294p.*
[18] MARASHIN J., *Regards croisés sur le plan solidarité grand âge,* Hospimédia, 2 mai 2007
[19] DORMONT B., *Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ?*, 2009, 80p.

En 1997 est créée la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), remplacée en 2002 par l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA). La circulaire du 18 mai 2001 met en place les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) et à partir de 2002, une politique de prévention contribuant à réduire les risques de perte d'autonomie est instituée. C'est l'intérêt du « Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005 », présenté par Bernard KOUCHNER, ministre délégué à la santé et Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Le premier objectif est de développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge : risque de chute, dénutrition, incontinence, risques liés à la poly-médication.

En 2005, le plan « Vieillissement et solidarité » permet le renforcement des dispositions permettant de favoriser le maintien à domicile et la médicalisation accrue des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes dépendantes. Le plan « Urgences », propose une organisation de la permanence des soins, le fonctionnement des urgences à l'hôpital, les services de soins de suite, le retour à domicile.

En avril 2006, un important rapport[20] est rédigé à la demande du ministre de la santé Xavier BERTRAND. Ce programme de 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures est établi pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux. Ce rapport met en exergue les freins qui entravent la mise en œuvre d'une politique gériatrique et gérontologique efficace : multiplicité des décideurs et séparation du médico-social et du sanitaire. Il met l'accent sur les difficultés de prise en charge d'un patient gériatrique en hospitalisation dans une période de tarification à l'activité.

En juin 2006, Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, présente le plan « Solidarité – grand âge » qui se décompose en cinq axes : privilégier le maintien à domicile, inventer la maison de retraite de demain, adapter l'hôpital aux personnes âgées, assurer le financement solidaire de la dépendance, favoriser une dynamique de la recherche et de la prévention.

La réforme des USLD amorcée avec la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2006, prévoit qu'une partie des lits d'USLD soit convertie en lits d'EHPAD. L'objet de la réforme consiste à redimensionner les USLD, pour en faire des structures où ne sont délivrés que des Soins Médicaux Techniques Importants (SMTI), c'est-à-dire des unités dont l'unique vocation serait de prendre en charge des personnes «hospitalo-requérantes», présentant une certaine pathologie en plus de leur dépendance.

---

[20] JEANDEL C., FITZEMEYER P., VIGOUROUX P., rapport : « *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux »,* avril 2006

Tout ce dispositif vient en complément de la « Charte de la personne âgée dépendante » et des textes relatifs aux droits du patient et du plan « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ». La prise en charge de la personne âgée est ainsi devenue une cause nationale et une préoccupation majeure des gouvernants.

1.4 Les difficultés de la prise en charge des personnes âgées aux urgences

Le vieillissement varie considérablement d'un patient à l'autre, allant du sujet strictement autonome sans pathologie au grand vieillard poly-pathologique.

1.4.1 Le patient poly-pathologique et son évaluation

La Société Francophone de Médecine d'Urgence[21] (SFMU) recommande le repérage de la fragilité chez toute personne âgée de plus de 75 ans se présentant aux urgences et rappelle les définitions suivantes :

- **Le patient gériatrique**

C'est un patient âgé ou très âgé atteint de poly-pathologies dont certaines chroniques, présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité[22].

- **La personne âgée fragile**

La fragilité d'une personne âgée est définie comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux, sensoriels et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne.

- **L'évaluation gérontologique standardisée**

C'est l'analyse de la personne âgée dans sa globalité médico-psychosociale, avec pour objectif le dépistage précoce des déficits, afin de prévenir les décompensations ultérieures. Le vieillissement qui affecte tous les organes n'est pas responsable de la situation pathologique mais il peut en modifier la présentation clinique. Si certaines conséquences du vieillissement sont cliniquement évidentes (élasticité de la peau), d'autres doivent être connues, car impliquées dans le maintien des fonctions vitales affectant l'appareil cardiovasculaire, le système nerveux central ou le métabolisme de certaines substances. Au-delà de 75 ans, on recense en moyenne trois à cinq maladies

[21] La revue de Gériatrie, tome 29, n°3 mars 2004
[22] Circulaire DHOS du 18 mars 2002

par patient. Or la personne âgée qui se présente aux urgences pour un motif médical ne vient jamais pour son seul âge et ses conséquences. Elle vient pour une situation pathologique, témoin soit d'une pathologie nouvelle, soit d'une décompensation de pathologie ancienne connue. Le point de vue gériatrique cherche constamment à comprendre pourquoi la situation s'est décompensée.

1.4.2 Le recours à l'hôpital et aux urgences

Les recours aux soins augmentent fortement avec l'âge et notamment les hospitalisations. Le taux de recours hospitalier moyen en 2005 est de 664 séjours pour mille personnes âgées de 75 ans ou plus, taux quatre fois plus important que celui du groupe d'âges des 50–59 ans. Dans ce contexte, 15% du total des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 75 ans ou plus et les séjours sont d'une durée plus longue. Dans certaines spécialités, la moitié des lits hospitaliers est occupée par des personnes âgées de plus de 75 ans[23].

La majorité des personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. Les décisions d'hospitalisations sont prises souvent à la suite d'un épisode aigu ou d'un état de crise. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. Pour les personnes âgées, la qualité de prise en charge dans les premières heures et leur orientation dans une filière hospitalière, adaptée ou inadaptée, conditionne de façon majeure le pronostic vital et, ou, fonctionnel. Cependant les orientations se font souvent en fonction des lits disponibles, particulièrement en périodes de suroccupation hivernale ou estivale.

L'hôpital propose le plus souvent des hospitalisations classiques, dans des services de spécialités traditionnelles et avec des modes de prise en charge identiques pour tous. De plus, il manque souvent en aval au sein de l'établissement, des solutions adaptées aux patients gériatriques, de ce fait, les hospitalisations se prolongent en attente de place. Les difficultés sont parfois majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication et de coordination entre les équipes hospitalières.

Denis DEBROSSE et Georges ARBUZ[24] écrivent que pour la personne âgée *« l'admission par les urgences, c'est souvent l'enfer : solitude, attente, hébergement précaire dans l'attente d'un lit, l'attente d'un réel diagnostic médical ; sans parler des problèmes d'hôtellerie, de lit, de repas et de toilettes. Le patient âgé perturbe les tentatives de rationalisation de l'activité de ces services. Il demande plus de temps que les autres patients, mobilise davantage de personnel ».*

[23] Base PMSI 2005, Drees, exploitation Fnors
[24] Gestion hospitalières, mars 2003

2 Les réalités d'un terrain hospitalier

L'étude présentée a pour objectif d'analyser les freins et les facteurs favorisant au développement d'une filière interne pour les personnes âgées.

2.1 Le cadre de l'enquête

2.1.1 La méthodologie

En qualité de Directeur des Soins, mon objectif est de comprendre et d'identifier les blocages et les difficultés à la mise en place au sein de l'hôpital d'un parcours de soins idéal ou adapté aux personnes âgées.

- **La consultation documentaire**

L'approche documentaire a été réalisée dans un premier temps afin de rassembler les informations concernant les modalités de prise en charge des personnes âgées au CHC : le projet d'établissement, le projet de soins, le contrat de pôle « personnes âgées », le contrat de pôle « HNP », et l'audit « Urgences » relatif à la période 2006 – 2008 réalisé en mars 2009 et dont un extrait figure en annexe I. Cette collecte documentaire est complétée par des enquêtes, des rapports émanant d'institutions comme le ministère de la santé, la DHOS, l'INSEE, la DRESS, le CREDES…

- **Les entretiens**

Le choix s'est orienté vers l'entretien semi directif individuel. Celui-ci permet de cerner les représentations, les perceptions, reflets d'une réalité des situations, qui déterminent les personnes à agir, leurs valeurs, leur logique de raisonnement et d'acteurs. Chaque professionnel acceptant de collaborer à ce mémoire est assuré oralement des règles de confidentialité et d'anonymat.

L'enquête s'appuie sur 18 interviews, directeurs, médecins, cadres, infirmiers, (cf. liste détaillée en annexe II), menés à l'aide d'une grille d'entretien (cf. annexe III), adaptée selon les interlocuteurs et d'une durée variant de 45 minutes à 1h30. Ils ont été introduits par une question ouverte afin d'induire un discours narratif. Cette technique a généralement permis d'orienter l'entretien ponctué de reformulations et de réitérations, de questions de relance autour des hypothèses émises. Ils ont fait l'objet d'une prise de notes retranscrites après chaque entretien afin de regrouper les propos par thèmes.

- **L'enquête statistique**

L'enquête s'est déroulée en janvier 2009, période durant laquelle la fréquentation s'est révélée extrêmement forte, tant au niveau des urgences que de l'ensemble des unités d'hospitalisation qui ont affiché fréquemment un taux d'occupation supérieur à 100%.

Sur la base du nombre total de patients passés aux urgences, les paramètres retenus sont :

Les personnes âgées de plus de 60 ans, pour la représentation sociale

- Les personnes âgées de plus de 75 ans, pour la représentation sanitaire de la personne âgée polypathologique
- Les personnes âgées de plus de 75 ans par mode de sortie des urgences (hospitalisées ou retour à domicile)
- La répartition des personnes de plus de 75 ans par diagnostic principal et par mode de sortie
- Les patients récurrents aux urgences dans un délai de 1 à 14 jours

Un tableau récapitulatif de cette enquête statistique figure en annexe IV.

➢ **Intérêts et limites**

L'étude effectuée n'a pas la prétention d'être exhaustive. Les limites essentielles tiennent à la taille de l'échantillon ne permettant qu'une approche partielle et au contexte spécifique du CHC dans sa zone d'attraction, n'autorisant pas de généralisation à d'autres établissements.
Les points forts reposent sur la diversité des entretiens, la qualité des échanges et des informations recueillies, et sur l'intérêt manifeste porté au sujet. Le vieillissement de la population, son état sanitaire, les périodes de suroccupation sont des préoccupations d'actualité pour les établissements de santé.

2.1.2 Le centre hospitalier de référence au sein du territoire de santé

➢ **Le cadre historique et l'évolution**

L'enquête s'est déroulée dans un établissement public de santé de l'ouest de la France, né de la fusion en 1993 de deux centres hospitaliers distants de 25 km. Depuis 1993, le paysage architectural du Centre Hospitalier inter-Communal (CHC) a beaucoup évolué. Parallèlement de nouvelles activités se sont développées, elles concernent la chirurgie ambulatoire, la chirurgie hebdomadaire, l'Hospitalisation à Domicile (HAD), la création d'une équipe mobile de gériatrie (EMG), les réseaux et l'unité de soins palliatifs et le pôle de santé publique. D'autres activités se sont réorganisées : la prise en charge des urgences pédiatriques et la prise en charge en oncologie. Il convient aussi d'ajouter la gestion d'un EHPAD public du même territoire de santé.

➢ **La place du CHC dans son environnement**

Le CHC dessert un territoire de santé constitué des bassins d'emploi de deux communes comprenant plus de 300 000 habitants. Très majoritairement (95%) des patients reçus sont originaires du même département et principalement (87%) du même secteur sanitaire, dont la ville du site principal (29%) et la commune du deuxième site (11%). Le CHC occupe la place de pôle de référence et comme tel, il dispose d'un plateau technique performant et propose pratiquement toutes les spécialités de médecine et de chirurgie. Il initie des coopérations inter établissements du secteur et facilite la constitution de réseaux avec les partenaires de santé publique. Il est distant de 70 kilomètres d'un Centre

Hospitalier Universitaire, situé sur un autre territoire de santé, avec lequel il développe un partenariat, notamment par la création d'une fédération en hématologie.

- **Le CHC en quelques chiffres**

L'établissement a une capacité d'accueil de 1355 lits et places dont 520 lits d'hospitalisation conventionnelle MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), 166 lits de SSR (Soins de Suite et Réadaptation) auxquels s'ajoutent 94 lits d'USLD et 517 lits d'hébergement pour personnes âgées. En 2007, 46 000 passages aux urgences étaient comptabilisés.

- **L'organisation du CHC**

Depuis 2006, le CHC a conduit la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, actée dans le projet d'établissement 2006-2010 et s'est organisé en six pôles d'activités médicales et médico techniques : hospitalisations non programmées (HNP), médecine et oncologie, médecine et risque vasculaire, femme – enfant, chirurgie, personnes âgées. A ces derniers, il convient d'ajouter trois pôles d'activités administrative, logistique et technique : le pôle stratégie, le pôle ressources et le pôle prise en charge du patient dans lequel la Direction des Soins est intégrée. La mise en œuvre de cette réforme a été associée à une délégation de gestion, une contractualisation interne, avec en contrepartie, un contrôle de gestion au service du pilotage médico économique de l'institution et des pôles.
L'établissement satisfait la démarche de certification en 2008, cependant la HAS prononce une mesure de suivi à six mois concernant « la sécurisation du circuit du médicament de la prescription à l'administration en respectant les bonnes pratiques » dans une unité de soins de longue durée.

- **Une activité de soins sujette à fluctuations**

Comme de nombreux établissements hospitaliers, le CHC fonctionne pratiquement toute l'année et depuis longtemps à flux tendu, il reste néanmoins confronté aux problèmes de suroccupation des lits de médecine en période hivernale et estivale et régulièrement en chirurgie en rapport avec son attractivité. Pour y faire face, l'établissement s'est doté d'un protocole de gestion de la suroccupation qui permet d'accroître sa capacité d'accueil jusqu'à 29 lits (environ 5% de la capacité MCO) et d'organiser le suivi médical des patients admis, faute de place en dehors du service adéquat. Le protocole de suroccupation est actionné par la Direction de l'Accueil et des Relations avec les Usagers (DARU) sur alerte du CSS référent du pôle Hospitalisations Non Programmées (HNP).
Cependant ce protocole de suroccupation demeure d'une efficacité limitée. Les conditions climatiques des premiers jours de l'année se sont avérées propices à l'augmentation des pathologies hivernales et aux accidents. Cet afflux exceptionnel s'est prolongé par l'hospitalisation de nombreux malades âgés, souvent de grands vieillards, dans les services de cardiologie, gastro-entérologie, neurologie et pneumologie.
La Direction des Soins a modifié les organisations paramédicales afin que les cadres de santé et leurs équipes puissent faire face à cet afflux de patients. Des ajouts successifs de lits supplémentaires et de personnels ont été opérés. Eu égard à la suroccupation et au flux persistant des entrants aux urgences, les mesures mises en place se sont très vite

avérées insuffisantes. La Direction Générale décide alors, d'activer le plan blanc signifiant le fonctionnement hors norme de l'établissement : les unités de chirurgie ambulatoire et de chirurgie hebdomadaire sont converties en unités d'hospitalisation complète. Au final, ce sont 71 lits de surcapacité ou de déprogrammés qui ont été utilisés pendant 4 jours et le nombre de lits « en surcapacité » activés sur la période de crise a été en moyenne de 35 lits. La crise aura duré 16 semaines.

Le phénomène de suroccupation auquel est régulièrement confronté le CHC, concerne en grande partie les personnes âgées. L'analyse présentée, reprend les hypothèses émises précédemment qui s'articulent autour de trois grands axes : les personnes âgées aux urgences, l'articulation entre les différentes unités de soins et les soignants face à la gériatrie.

2.2 L'organisation des urgences ne permet pas une prise en charge adaptée des personnes âgées

2.2.1 La médecine des urgences et la gériatrie répondent à deux logiques de prise en charge

- **Une temporalité différente**

Une des grandes incompréhensions entre la médecine d'urgence et la gériatrie relève de la conception même de ces deux disciplines. Ainsi, les urgentistes et l'ensemble du personnel paramédical travaillant avec eux, évoquent *« l'urgence vitale », « le geste qui sauve », « la pathologie d'organe »* ou la rapidité d'intervention du geste technique est synonyme de qualité. Les notions de *« précipitation »*, de *« stress »*, « *pas le temps de réfléchir* », sont fréquemment évoquées, les services d'urgences sont perpétuellement en mouvement, *« on ne se pose pas* ». Les cadres relèvent la problématique de la post-urgence et de l'orientation des patients la plus rapide possible, quand elle est nécessaire, dans les services de spécialité. Il s'agit donc d'une prise en charge rapide et segmentée.
Les gériatres pensent qu'ils ne font pas la même médecine que leurs confrères des urgences et évoquent des grandes difficultés de compréhension.
Les équipes de gériatrie s'accordent sur la nécessité d'identifier le plus précocement possible, le profil gériatrique des patients âgés aux urgences, cependant cette démarche d'évaluation est difficilement dissociable par exemple, de la prise en charge du vieillard, elle n'est pas toujours compatible avec l'activité d'urgence. Repérer la fragilité d'une personne âgée requiert une évaluation globale du patient (poly pathologie, environnement social, familial, etc.), un délai de 24 à 72 heures après le passage aux urgences peut s'avérer nécessaire. Il s'agit donc d'une prise en charge globale et réclamant plus de temps.

- **L'attractivité croissante des services d'urgences**

Les urgences du CHC, hôpital de référence, deviennent l'accueil spontané de la population. Pour les équipes soignantes travaillant aux urgences, les explications sont

multiples : « *il n'y a pas de permanence de soins en ville », « les libéraux maîtrise les flux de patients de façon drastique », «les courriers d'admission mentionnent de mauvais motifs : n'a pas de chauffage, perte d'autonomie, demande de placement, vit seule, etc. ».* Pour les équipes gériatriques, les urgences obéissent à une évolution sociétale et c'est l'hôpital qui ne sait pas gérer les flux de patients*, « l'établissement n'a pas d'affichage clair sur les flux de population ».* Les gériatres précisent *« près de 60% des personnes de plus de 80 ans, ont des difficultés à marcher, 30% ne sortent plus et 8% ne bougent plus de leur fauteuil, à quoi sert l'ordonnance des urgences avec un retour au domicile s'il n'y a personne pour aller chercher le traitement ? ».* Ces réflexions soulignent l'indispensable nécessité d'une prise en charge globale des personnes âgées, qui ne peut se limiter à une seule prescription médicale pour des patients dépendants.

Aujourd'hui l'attractivité des services d'urgences tient, pour partie, à l'émergence des pathologies « médico-sociales » pas toujours prises en considération selon les établissements, par les urgentistes. Le CSS responsable du service social explique « *Il faut anticiper les conditions du retour à domicile, croire que cette composante de l'évaluation ne relève pas des urgences est une erreur ».* L'infirmière de l'EMG évoque, à propos de la constitution d'un dossier d'aide sociale concernant la situation d'un patient qui n'a pas été gérée de manière satisfaisante, *« pour l'urgentiste c'était un problème exclusivement social, alors que ces situations sont quasiment toujours médico-sociales ».*

2.2.2 La suroccupation, une préoccupation commune à la gériatrie et aux urgences

- **Le vieillissement de la population implique le vieillissement des patients**

En raison de l'évolution démographique de la population, les services d'urgence sont de plus en plus fréquemment conduits à prendre en charge des personnes âgées. Ainsi au CHC, le nombre de passage aux urgences des personnes de plus de 75 ans est passé de 14,7% en 2006 à 16,3% en 2008, et cette augmentation est de 49% pour la seule tranche d'âge 86-90 ans (cf. annexe I – tableau I). Par l'importance de l'échantillonnage qu'elle représente, 92 structures d'urgence et un peu plus de 3 millions de passages, il est intéressant à comparer ces chiffres avec ceux de la Région Ile-de-France obtenus en 2007[25], où les personnes âgées de 75 ans et plus représentent un peu plus de 10% des passages adultes.

Les mêmes observations sont établies pour les personnes de plus de 75 ans hospitalisées au CHC après leur passage aux urgences, elles représentent 38% en 2006 et près de 41% en 2008 (cf. annexe I – tableau II) contre 33% en Ile-de-France[26]. Le taux de fréquentation, la durée de séjour, la répétition des recours aux services d'urgence sont plus fréquents dans le très grand âge, avec une évolution moins favorable au décours.

---

[25] Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile de France, *Bilan de l'activité des services d'urgence en Ile de France en 2007,* suivi du SROS Urgence, décembre 2008, 6 p.
[26] Ibidem, p. 5

➢ **L'hospitalisation des personnes âgées à l'origine de la suroccupation**

C'est le sentiment exprimé par les urgentistes, ils justifient leur propos par la baisse des passages aux urgences des 0-18 ans (-17%) et dans une proportion encore plus grande, celles qui sont suivies d'une hospitalisation (-34%). Néanmoins, il convient de nuancer le propos car si le bassin de population desservi est effectivement vieillissant, l'ouverture des urgences pédiatriques modifie les données statistiques.
Au CHC, le taux global d'hospitalisation après passage aux urgences est de 33% (cf. annexe IV - tableau 1) contre 22% au niveau national (INSEE 2007) et 16% en Ile-de-France[27]. Ce taux est bien supérieur chez les personnes âgées de plus de 75 ans, 80% en 2008 (cf. annexe I) et 72% en janvier 2009 (cf. annexe IV – tableau 2) ce qui est nettement supérieur à la moyenne de la région Ile-de-France (62%)[28] et à la moyenne nationale (de 45% à 62% selon les paramètres considérés)[29].
La prise en charge de cet afflux massif de personnes âgées aux urgences est une difficulté essentielle, qui implique d'importants temps d'attente pour les patients et parfois une inadéquation entre le placement et la pathologie, ce qui est défavorable à la qualité des soins, retard de prise en charge par l'EMG, allongement des DMS, etc... Pourtant, chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les pathologies nécessitant une hospitalisation non programmée sont stables d'une année à l'autre. Au CHC, les principaux services accueillant les patients après passage aux urgences sont les services de médecine et de chirurgie (cf. annexe IV – tableau 3).

Même si le recours inapproprié à l'urgence « pour placement » concernant des sujets âgés ne constitue pas l'unique cause de cette suroccupation, la mise en place de circuits plus adaptés à ces patients devrait diminuer le nombre de séjours inadéquats. Il convient donc, d'observer les collaborations et les partenariats entre les différentes unités de soins.

2.3 La coordination insuffisante des pôles ne favorise pas la prise en charge en filière

2.3.1 L'affichage d'une filière interne gériatrique n'est pas matérialisé

➢ **Au plan politique générale de l'établissement**

« Bien que conscient de l'importance du sujet », l'affichage politique d'une filière gériatrique n'est pas la priorité du nouveau Directeur Général. Arrivé sur l'établissement le 22 janvier dernier en période de crise, il affiche trois priorités : régler le problème de la suroccupation des lits ; mener à bien la restructuration architecturale ; affirmer la prépondérance du CHC dans la future communauté hospitalière de territoire.

[27] Ibidem, p. 4
[28] Ibidem, p. 5
[29] CARRASCO V., BAUBEAU D., janvier 2003, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale ». *Etudes et Statistiques,* n°212, p.7

Le CHC est réorganisé en un site principal disposant du plateau technique et un site annexe qui peu à peu a perdu la chirurgie, les urgences, autant de services qui dans l'esprit d'une population et de ses élus confèrent la qualité d'hôpital. Cet établissement reconverti en centre de consultations et de rééducation pourrait devenir la référence gériatrique du CHC, mais le moment n'est pas encore jugé opportun pour afficher clairement « CHC – Centre de Gériatrie ». Le Directeur Général note, « *les mentalités ne sont pas prêtes, ni la population, ni le personnel travaillant dans cet établissement ».*

- **Au plan structurel**

Pour l'ensemble des personnes interrogées, à l'exception des infirmières travaillant aux urgences, le CHC ne dispose pas d'une filière gériatrique interne. Il manque un hôpital de jour et des consultations avancées, une unité de médecine post urgences gériatriques pour les gériatres, des lits de médecine post urgences pour les urgentistes, une présence du service social aux urgences pour le CSS responsable de ce secteur.
Pour le personnel paramédical des urgences, la perception est différente. L'existence d'une équipe mobile gériatrique, dont une partie du temps infirmier est dédiée aux urgences, la création d'un pôle personnes âgées et des structures de type EHPAD, USLD gérées par le CHC, formalisent une filière gériatrique interne.
C'est la Directrice adjointe en charge des EHPAD qui résume bien la situation, « *Il n'y a pas de filière gériatrique interne au CHC, car nous ne disposons pas de tous les maillons structurels… »*

2.3.2 L'incidence de la nouvelle gouvernance

- **Une certaine autonomie des pôles**

La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière avec la mise en place des pôles et la réforme du financement de l'hôpital avait pour principaux objectifs de responsabiliser le personnel soignant et non soignant à la gestion de l'établissement, d'élargir son autonomie et d'instaurer des contrats entre les différents acteurs de santé.
Le gériatre coordonnateur relève « *si les pôles ont bien assimilé la logique de rentabilité, aujourd'hui les pôles cloisonnent leurs activités, sans doute pour conserver une maîtrise financière, et sont un frein au développement d'une filière ».* Le Directeur des Soins pense que *« certains pôles se comportent comme des petites entreprises indépendantes et oublient parfois leur appartenance institutionnelle»*. Cette indépendance affichée par les pôles témoigne d'une certaine façon de la réussite de la nouvelle gouvernance en matière de responsabilité.
Cependant, la Directrice adjointe va plus loin, *« nous n'affichons pas de filière gériatrique, car nous n'avons pas les mêmes pratiques professionnelles ou en tous cas nous n'avons pas d'activités partagées ».* C'est sans doute l'une des limites au développement des admissions directes en gériatrie qui représente pourtant une partie de la « solution ».
Le CSS du pôle HNP mentionne que « *trop peu de lits sont dédiés à ce mode de recrutement (1 ou 2) et cette pratique n'est pas répandue dans les services de court séjour ».*

Le gériatre de l'EMG explique « *il n'y a pas de culture d'intégration aux urgences, ni de culture de suivi du patient ».* La présence d'une EMG est souvent vécue par les professionnels comme un mode de recours possible aux urgences et aux services de spécialités, lorsque ces derniers se trouvent démunis dans l'accompagnement et la prise en charge des sujets fragiles. La transmission des informations ne suit pas toujours le patient et la communication entre pôles, entre services, entre structures peut ne pas être aisée. Il est parfois difficile pour l'urgentiste d'obtenir des données sur l'autonomie antérieure à domicile*,* mais il ne faut pas oublier que certaines personnes âgées résidant dans les unités de long séjour, doivent bénéficier d'un service de spécialité pour infarctus ou AVC. S'il existe des critères bien définis de prise en charge, dont l'âge, ces patients ne doivent pas perdre cette chance.

- **Une logique financière pas toujours compatible avec le temps nécessaire à la prise en charge de la personne âgée**

La T2A introduit à l'hôpital public une notion de rentabilité avec des recettes et donc des dépenses qui sont liées à l'activité réalisée dans les pôles. L'activité rémunère un « séjour patient » pour une pathologie donnée, ainsi plus la rotation des patients est importante et les organisations de soins efficaces, plus les recettes sont élevées. Dans cette logique, les pôles ont des objectifs de DMS les plus courtes possibles, ce qui est en contradiction avec la prise en charge des personnes âgées nécessairement plus consommatrice de temps. Cette temporalité différente évoquée précédemment n'est pas sans incidence financière.

De même, le Président de CME, médecin urgentiste, est très préoccupé par les problèmes récurrents de suroccupation des lits, car il souhaite accélérer la rotation des patients dans la zone d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) afin de pouvoir bénéficier au maximum du forfait ATU (Accueil et Traitement des Urgences). C'est le forfait facturé pour les soins non programmés délivrés à un patient par la structure des urgences, si ces soins ne sont pas suivis d'une hospitalisation. Le temps de rotation des personnes âgées aux urgences est beaucoup plus long que pour les autres patients.

Dans le même ordre d'idée, le gériatre, médecin coordonnateur exprime toutes les difficultés pour réaliser des *« diagnostics de débrouillage »* par télémédecine. La tarification est parfois moins avantageuse pour le pôle qui préfère donc provoquer le déplacement du patient au détriment de son confort.

2.4 Les professionnels de santé et la gériatrie

2.4.1 La gériatrie n'est pas attractive

- **L'impact des représentations collective et individuelle de la gériatrie**

La société, sans doute pour des raisons commerciales, envoie des images positives sur une catégorie de personnes âgées, par l'intermédiaire de publicités, de magazines, ce sont les retraités « actifs », les seniors, ceux qui font du sport et ceux qui voyagent. A l'inverse, la gériatrie et la vieillesse sont associées à la dépendance, à la déchéance

physique, aux démences et à la fin de vie, elles véhiculent des représentations individuelles négatives. Les infirmières des urgences *« ne veulent pas travailler dans un mouroir…. ça fait peur… c'est nous plus tard.. ».* La directrice adjointe en charge des EHPAD avoue « *Ce n'était pas mon premier choix, j'aurais préféré un poste d'adjoint plus classique en MCO, mais j'ai fait le choix d'une région et j'ai donc accepté les EHPAD…. Avec le temps, je ne le regrette pas, c'est très enrichissant… et je suis prête à reprendre un poste de ce type… ».*

En revanche, les deux médecins gériatres disent avoir *« la vocation pour la médecine des personnes âgées depuis la fin de (leurs) études »*. Le médecin coordonnateur travaillait aux urgences, « …*j'aimais leur contact et prendre du temps avec eux… dès qu'une personne âgée arrivait, mes collègues urgentistes me la confiait.. ».* Le gériatre de l'EMG fut séduit par le dynamisme d'un chef de service au cours de son internat puis *«…(il a) saisi les opportunités de postes… ».*

- **Le travail des soignants**

Les services de gériatrie sont souvent considérés comme des unités peu propices aux soins techniques et aux soins de qualité. Les infirmières des urgences précisent « *J'ai fait des études d'infirmières… ce n'est pas pour faire des toilettes et du nursing.. », «Je ne veux pas perdre mon savoir faire technique…après la gériatrie, je ne pourrai pas retourner en chirurgie… »* ou *« La gériatrie, oui mais en fin de carrière ».* Elles évoquent également la pénibilité de travailler en gériatrie *« …une certaine routine…le mal de dos…la solitude de l'infirmière... ».*

Les gériatres et l'infirmière de l'EMG parlent avec sincérité de *«…se sentir utile…. le devoir vis-à-vis des aînés… l'absence de routine… le travail en équipe... la richesse des rapports humains… le savoir communiquer différemment… la charge émotionnelle… ».*

L'invisibilité du travail « ...*est au cœur du travail des soignants en gériatrie, dans la relation avec les patients, lorsqu'il s'agit de repérer des demandes de personnes démentes et d'y répondre par un geste, un silence, un retrait… »*[30]*.* Ce concept d'invisibilité du travail évoqué par M.A. DUJARIER, reflète la complexité de la prise en charge des personnes fragiles. En revanche, les soignants ont le sentiment de ne pas être aussi bien considérés que leurs homologues de chirurgie, du bloc opératoire ou des urgences, *«… il y a les services nobles, actifs,… qui constituent le cœur de métier de l'hôpital et en deuxième ligne les personnes âgées... ».*

Le Directeur des Soins affirme que dans la plupart des cas, l'affectation en gériatrie est vécue au mieux comme une contrainte, au pire comme une sanction ou une punition. Le coordonnateur général des soins renchérit *« à l'heure de la pénurie des infirmières, il est difficile de recruter pour la gériatrie, affecter des personnels contre leur gré n'est pas sans risque pour les patients, pour le Directeur des Soins et pour l'Institution ».*

[30] DUJARIER M.A., *L'idéal au travail,* Ed. Presses Universitaires de France, 2006, p. 4

Le gériatre coordonnateur indique connaître des praticiens qui ont la double spécialité, le CAMU[31] et la gériatrie, mais qui pour leur carrière et privilégier l'opportunité d'obtenir un poste dans un service d'urgences, ne dévoilent pas la seconde.

2.4.2 La formation en gériatrie n'est pas toujours adaptée

- **Une formation initiale jugée insuffisante**

Tous les soignants reconnaissent que la gériatrie n'est pas valorisée pendant les études. Le personnel médical et paramédical est peu formé à déceler ce qui est important chez une personne fragile et polypathologique. Le CSS responsable du pôle personnes âgées évoque *« le malaise ou la peur des étudiants devant la déchéance physique ou la mort… Lorsqu'ils arrivent en stage, ils ne sont pas préparés et n'ont pas d'approche gérontologique… ».* Le Directeur des soins pense qu'il est nécessaire de développer une spécialisation en gérontologie au même titre que les infirmiers de bloc opératoire ou les infirmiers anesthésistes.

- **Un besoin de formation continue**

La formation continue est unanimement reconnue comme une nécessité pour actualiser ses compétences, échanger sur les pratiques professionnelles en dehors de son lieu habituel de travail. C'est également pour les managers hospitaliers une possibilité de motivation du personnel et un moyen de lutte contre l'épuisement de celui-ci.
Les infirmières de gériatrie souhaitent travailler sur le respect du patient, les droits, les méthodes de communication autres que le langage, engager une réflexion sur la maltraitance, la bientraitance, détecter les dérapages.
Les gériatres insistent sur la connaissance globale de la personne âgée, le développement et la valorisation de soins techniques comme l'habillage, le déshabillage, la prise de repas, *« …au même titre que la pose d'une perfusion.. ».*

L'ensemble des hypothèses se trouve maintenant vérifié par la synthèse des entretiens.
Cette étude confirme l'importance de développer la filière gériatrique pour améliorer l'accueil aux urgences et l'orientation des personnes âgées dans des services de soins qui devront être capables de développer une prise en charge spécifique à cette population. La valorisation des secteurs accueillant des personnes âgées est nécessaire pour qu'ils deviennent attractifs pour les soignants médicaux et paramédicaux. La formation adaptée à la prise en charge gériatrique est l'un des éléments de reconnaissance du personnel et un levier d'amélioration de la qualité des soins. Ces thèmes nous semblent nécessaires à prendre en compte dans la fonction de directeur de soins.

[31] Le Certificat d'Aptitudes à la Médecine d'Urgence

3 La contribution du Directeur des Soins à la mise en place d'une filière gériatrique

L'hôpital doit continuellement adapter ses organisations internes pour mieux répondre aux évolutions contextuelles et structurelles. Dans un environnement contraint, les managers hospitaliers recherchent la performance, celle-ci peut-être définie comme « la conséquence entre une organisation et des hommes »[32]. Dans le cadre d'un projet comme celui de la mise en place d'une filière gériatrique interne à l'hôpital, elle nécessite que l'organisation humaine soit prise en considération. Le Directeur des Soins participe à la conduite de ce projet à plusieurs niveaux. Membre de l'équipe de direction, il participe aux orientations et choix stratégiques de l'établissement dont il contribue à traduire dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique. Responsable hiérarchique de l'encadrement du personnel paramédical, il participe à l'évolution des services et des activités de soins, en liaison avec le corps médical.

3.1 Participer aux orientations stratégiques de l'établissement

3.1.1 Un engagement de la direction

L'affichage d'une filière gériatrique nécessite l'intervention de plusieurs « maillons »[33] dont un court séjour, une EMG, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques et une ou plusieurs USLD. La décision de construire, de structurer le « maillon » manquant participe d'enjeux stratégiques relevant du projet d'établissement. Le Directeur des Soins peut apporter sa collaboration dès les premières phases d'identification et de priorisation des projets. Sa réflexion se situe au niveau des actes de soins paramédicaux, de l'organisation et de la coordination des soins, des modalités de transmissions d'information, de la collaboration avec les autres partenaires de soins intra ou extra hospitaliers. Il participe le cas échéant, à l'analyse des conditions de sécurité et de santé au travail des différents professionnels, comme à la dimension économique du projet.

Le Directeur des Soins peut inciter le Directeur Général à participer aux conseils de la vie sociale pour afficher de façon symbolique toute l'importance accordée aux structures bénéficiant aux personnes âgées et à la filière gériatrique.

---

[32] LETEURTRE H., MALLEA P., *Performance et gouvernance hospitalières,* Paris, Ed. Berger-Levrault, 2005, p.255

[33] Circulaire du 28 mars 2007 relative aux filières de soins gériatriques

3.1.2 Du projet de soins au projet de vie

La nécessité de coopération interdisciplinaire au sein du service de soins est affirmée par le décret du 19 avril 2002, portant statut particulier des Directeurs de Soins, en faveur d'un mode de management centré sur la coordination des acteurs des filières de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique. Le Directeur des Soins donne de la visibilité institutionnelle aux professionnels et un sens commun aux actions interdépendantes pour construire le projet de soins. Ce dernier est naturellement en lien avec le projet médical pour définir un projet de prise en charge globale du patient. L'amélioration du fonctionnement de la filière gériatrique passe par une meilleure structuration de l'évaluation gériatrique standardisée aux urgences. Certains objectifs comme la définition des missions entre urgentistes et gériatres, sont de la seule responsabilité des médecins, en revanche une politique de formation spécifique à l'accueil de la personne âgée polypathologique pour tous les paramédicaux exerçant aux urgences trouve toute sa légitimité dans le projet de soins. Cependant, l'organisation en filière bénéficiant aux personnes âgées polypathologiques fait nécessairement évoluer celui-ci en projet de vie individualisé. C'est l'expression de la projection dans l'avenir de la personne malade et la prise en considération de ses aspirations et de ses choix, c'est vivre avec sa maladie, avec les conséquences de son handicap. Le projet de vie est par définition personnel, singulier et évolutif car il n'est que le reflet d'un moment de l'existence. Le rôle du Directeur des Soins est d'accompagner les équipes à cette évolution et de faire rentrer la ville dans l'hôpital.

3.2 S'appuyer sur une dimension managériale

3.2.1 Valoriser les professionnels du secteur personnes âgées

La constitution d'un pôle personnes âgées a pour objectif de fédérer les différents acteurs de la filière gériatrique. La concrétisation de cette filière repose donc sur le sentiment de ces professionnels de participer à un projet collectif et sur la reconnaissance de leur expertise et de leurs compétences dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie. La valorisation de leur travail sera facilitée par l'identification de leurs forces et des démarches innovantes et intéressantes menées sur le secteur personnes âgées, au bénéfice de l'ensemble de l'institution. De même, faciliter l'expression des personnels participe également à cette valorisation.

- **Soutenir le rôle prépondérant de l'encadrement**

« Le positionnement c'est évacuer le flou »[34]*,* le Directeur des Soins s'attachera à faire en sorte que l'équipe d'encadrement soit reconnue, responsable et impliquée dans la réalisation des objectifs communs. L'exercice professionnel en gériatrie est souvent source de désinvestissements pour certains soignants, de souffrance pour d'autres et au final d'absentéisme pour les équipes. Le cadre est l'acteur stratégique au carrefour de ces difficultés, il joue le rôle de *« marginal sécant »*[35]*,* il doit communiquer pour asseoir son rôle de manager, apporter de la cohérence et garantir la pérennité des projets.

- **Inciter le personnel à la mobilité**

Pour inscrire les projets de service et les projets de vie dans la durée, le Directeur des Soins doit stabiliser l'encadrement et le personnel soignant dans les différentes unités et veiller à une meilleure adéquation entre effectifs et charge de travail, si nécessaire par le développement d'outil d'évaluation des besoins en soins des résidants. Il appartient au Directeur des Soins en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines, de favoriser les échanges d'expériences au travers d'une politique de mobilité du personnel entre les différentes unités du pôle et vers les autres pôles. Un protocole de mobilité, définissant les règles et les critères, négocié avec les partenaires sociaux peut aussi proposer des stages d'observation des professionnels de l'établissement dans les différentes unités de gériatrie, pour mieux en connaître les métiers. La mobilité sur une longue durée, plusieurs années, peut faire l'objet d'une contractualisation entre la direction des soins et l'agent.

- **Favoriser l'expression des personnels**

Le Directeur des Soins doit régulièrement rencontrer les équipes et tout mettre en œuvre pour faciliter l'expression du personnel. Il doit créer des espaces de communication ou les soignants peuvent parler de leur travail, de leurs inquiétudes et de leurs préoccupations, être entendus et obtenir des réponses à leurs interrogations.

Il peut s'agir de la participation ponctuelle du Directeur des Soins à une réunion d'équipe, de la formation de groupe de réflexion sur la charge de travail dans les unités, sur les cycles de travail, sur la place des contractuels en gériatrie, etc…, mais aussi des journées de formation à thèmes (colloque ou forum), par exemple avec les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, intéressés par un travail en commun sur la pré-admission.

---

[34] MOTTA J-M., Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'Un-dividu » soignant (2ème partie). Site web

[35] BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations,* Paris, Ed. du Seuil, p.137

3.2.2 **Favoriser une politique d'intégration efficace**

Pour uniformiser les pratiques et dans l'optique d'une prise en charge adaptée aux patients, il est nécessaire que tous les agents tendent à la même philosophie de soins. C'est pourquoi l'encadrement du pôle, de l'unité de soins, doit recevoir chaque nouvel arrivant, que ce soit sur un poste vacant, pour un remplacement ou lors de l'accueil des stagiaires. Lors de cette entrevue, le cadre présente le service, les lieux, l'organisation. Il présente le projet du pôle et les objectifs à atteindre lors de la prise en charge des patients. Il expose la philosophie de soins vers laquelle tendent les agents du service et insiste pour que l'agent s'approprie et applique le projet du pôle décliné selon les unités de soins.

Pour le personnel intégrant la médecine gériatrique sur un poste vacant, le cadre remet une pochette contenant différents documents permettant l'intégration des agents : fiche de poste, livret sur la douleur, l'organigramme du pôle Personnes Âgées, le Guide des Bonnes Pratiques etc…

Cette intégration des nouveaux agents est indépendante du séminaire d'accueil institutionnalisé au niveau de l'établissement.

3.3 Améliorer la qualité des soins et de la prise en charge

3.3.1 Par une formation des paramédicaux plus adaptée et valorisée

- **Travailler en partenariat avec les IFSI pour les formations initiales**

Avec l'arrivée du nouveau programme des études d'infirmières, il est fondamental que le Directeur des Soins gestion travaille en étroite collaboration avec son homologue de formation. Un partenariat formalisé et contractualisé est le garant d'un engagement mutuel et permet d'élaborer des liens entre la théorie et la pratique. Une réflexion commune peut s'engager sur la faible attractivité des secteurs de personnes âgées, sur l'acquisition des compétences et les modalités d'apprentissage. Il y a une réelle complémentarité entre l'IFSI et l'hôpital, chacun a des attentes de l'autre. La formation initiale doit sans cesse s'adapter et réactualiser les connaissances, à commencer par celles des formateurs, et les services de soins doivent être vigilants sur la qualité de la formation qu'ils dispensent et la validation des stages qui en découle.

Deux axes de travail sont à développer :

- l'accueil du stagiaire et les critères d'évaluation : intégration d'emblée de l'étudiant dans l'unité par le biais d'un programme prévisionnel validé préalablement, élaboration d'un référentiel d'apprentissage, détermination des objectifs à atteindre, mise en place d'un tutorat,

- La production d'une note de situation, d'un mémoire ou d'un travail de fin d'études en lien avec un projet de pôle, de service versus qualité des soins pour lui donner un sens et une valeur d'utilité.

Le Directeur des Soins gestion, ou son représentant, peut intervenir plus souvent dans les IFSI, particulièrement après les périodes de stages en gériatrie, participer à des analyses de pratique réflexive, échanger sur les difficultés du terrain, entendre les attentes des futurs infirmiers et par conséquence mettre en œuvre des mesures nouvelles.

➢ **Développer un plan de formation continue**

La formation continue s'inscrit dans une actualisation obligatoire des qualifications spécifiques acquises en formation initiale, elle est aussi un facteur important de décloisonnement des pratiques par la rencontre de professionnels dans un contexte autre que celui du travail habituel. Afin de pouvoir mettre en œuvre les valeurs qui guident le travail de chaque personnel soignant, il est nécessaire de pouvoir les accompagner dans leurs besoins de formations et ces axes de formations doivent majoritairement être liés aux valeurs défendues par le pôle.

Au sein de la commission de formation et en partenariat avec la direction des ressources humaines, le Directeur des Soins participe à l'élaboration du cahier des charges, selon les formations, en fonction des objectifs poursuivis et de l'adéquation aux projets institutionnels. Dans le secteur de la gériatrie, les patients étant de plus en plus dépendants, il est nécessaire de savoir les mobiliser correctement, afin d'éviter les accidents du travail. Par ailleurs, les personnes âgées sont fragilisées par des problèmes de rhumatisme, d'arthrose et souffrent beaucoup lorsqu'elles ne sont pas manipulées avec précaution. Le Directeur des Soins peut proposer une formation interne sur l'ergonomie et la manutention des patients. Cette initiative, déjà mise en place dans certains établissements, pourrait s'accompagner d'un « passeport à la formation » lequel comprendrait plusieurs rubriques : l'évaluation gériatrique, l'éthique, l'ergonomie, le soin relationnel, l'animation, la sécurisation des soins, la bientraitance, le patient Alzheimer, etc… Naturellement il conviendra de valoriser ou de trouver un mode de reconnaissance d'un agent dont le passeport serait complet. Cette démarche est importante pour former l'ensemble des équipes soignantes et particulièrement les aides-soignantes qui tiennent une place prépondérante auprès des personnes âgées.

3.3.2 Par la démarche projet et la promotion du travail interprofessionnel

Dans le secteur des personnes âgées, la constitution multiprofessionnelle des groupes de travail est un prérequis incontournable. Elle permet de fédérer les équipes, de connaître et de reconnaître l'expertise de chacun autour de thèmes comme l'accueil, la nutrition,, la douleur, la contention…. Les échanges interprofessionnels permettent de remettre en cause ses propres pratiques en dehors de tout sentiment de culpabilité. Il appartient au

Directeur des Soins en lien avec la communauté médicale de favoriser, développer, organiser ces rencontres professionnelles.

- **Instituer des journées « urgences et personnes âgées »**

Le contexte actuel est marqué par plusieurs éléments favorables à la mise en place de temps de formation-information intra et extra-hospitalier sur les pratiques gérontologiques. La prise en charge du sujet âgé, tant à l'hôpital qu'en EHPAD ou à domicile, concerne de nombreux professionnels d'horizons différents. Les réunir sur des modules de formation-information communs ne peut qu'améliorer le fonctionnement quotidien de la filière gériatrique qu'elle soit interne à l'établissement ou territoriale. Par exemple sur le thème de la préparation de l'entrée en structure d'hébergement, il est judicieux de rendre compte des points de vue du médecin traitant, de l'équipe mobile de gériatrie, du cadre de santé de la résidence, de la psychologue et le cas échéant de l'urgentiste.

L'objectif de ces journées est de faciliter les relations de travail au quotidien ville - hôpital, au bénéfice des sujets fragilisés, de renouveler l'image des métiers liés aux personnes âgées, d'élaborer une communication positive auprès des étudiants et de favoriser la mobilité sur ce secteur. Ces journées permettront de diffuser une culture gériatrique commune, en décloisonnant les approches et en valorisant les évaluations des pratiques professionnelles.

- **Promouvoir les bonnes pratiques auprès des personnes âgées, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques**

Les évaluations des pratiques professionnelles constituent une obligation pour les professionnels de santé à l'hôpital et en ville, et incluent une phase de communication et de diffusion des recommandations mises en évidence. Les USLD, les maisons de retraite, comprennent des engagements précis en faveur d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, dans le respect de la charte des droits et libertés des personnes accueillies d'une part, et du guide des bonnes pratiques en EHPAD d'autre part.

La direction des soins est complètement impliquée dans la promotion des bonnes pratiques en coopération avec les médecins et dans le cadre de l'organisation polaire, avec les différents groupes d'amélioration continue de la qualité. Le Directeur des Soins peut nommer un cadre de santé référent « démarche qualité » pour chaque pôle. Au niveau du pôle personnes âgées, les thèmes des évaluations des pratiques professionnelles possibles sont : le risque de fugue chez les patients désorientés, la prise en compte de la douleur chez des patients ayant des troubles de communication verbale, les documents de liaison pour les transferts de patients, l'hydratation, les escarres…

L'engagement clair de l'encadrement médical et soignant dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques doit permettre la professionnalisation et la sécurisation des interventions des différents acteurs.

3.4 Intégrer le parcours de soins de la personne âgée à l'hôpital dans une démarche professionnelle transversale

Pour le Directeur des Soins, le PSIRMT constitue un levier pour fédérer les acteurs autour du parcours de soins à l'hôpital. Les orientations sont définies dans la transversalité en s'appuyant sur le décloisonnement des organisations et la promotion de la collaboration de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Le positionnement de la personne âgée au centre du système est un préalable à l'instauration d'une culture professionnelle à partir du chemin clinique.

3.4.1 Chemin critique, chemin clinique

Deux outils sont préconisés pour construire le projet de prise en charge des personnes âgées, le « chemin critique »[36] par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), le « chemin clinique »[37] par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le chemin critique permet une vision globale de la gestion des flux d'activité. Une analyse des organisations permet d'identifier le parcours du patient, de voir quel est le nombre et la qualification des professionnels qui interviennent et le nombre de tâches à réaliser. Sa spécificité est de ne plus concevoir l'activité uniquement sous forme de volume, mais aussi sous forme de « délais de prise en charge et d'attente ». Cet outil est utilisé pour fluidifier la prise en charge des personnes notamment dans les services d'urgences et d'anticiper les tâches ultérieures afin d'améliorer la coordination des différents pôles.

Le chemin clinique permet de décrire tous les éléments du processus de la prise en charge des patients, au sein de l'institution en suivant son parcours. Il vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant un même problème de santé ou une même situation de dépendance.

Parce qu'il est à l'interface de l'ensemble des logiques hospitalières (administrative, économique, médicale et soignante) et parce qu'il encadre l'ensemble des cadres de santé et des personnels paramédicaux, le Directeur des Soins doit demeurer le pilote des projets améliorant le parcours de soins des personnes âgées.

[36] MEAH, 2006, *Qualité et efficience : l'hôpital avance – 30 belles histoires de réorganisation des hôpitaux et des cliniques,* Paris, publication du Ministère de la Santé et des Solidarités, p.39
[37] HAS, 2005, *Une méthode d'amélioration de la qualité : le chemin clinique,* Paris, 4p.

3.4.2 Propositions contribuant à l'amélioration de la fluidité du parcours patient

- **Mettre en place un dispositif unique d'information – prévention pour améliorer l'accueil et l'orientation des seniors**

L'information des personnes âgées et de leur entourage sur les aides possibles à domicile ou sur les modes d'hébergement alternatifs envisageables se fait le plus souvent en situation de crise ou d'urgence, au cours ou à l'issue d'une hospitalisation. La mise en place d'une information préventive n'est pas aisée car le public visé n'est pas forcément demandeur. Les objectifs du guichet senior sont de structurer l'accueil et l'orientation des personnes de plus de 60 ans en un lieu unique chargé de donner des informations tous publics (professionnels et particuliers) : consultations mémoire et gériatrique, modalités d'inscription en résidence, APA, aide sociale, les CLIC, les associations, l'orientation vers un professionnel… et de renforcer le partenariat existant avec le secteur social.

- **Analyser et optimiser les transferts de patients entre la médecine gériatrique et les services de soins de suite et de réadaptation et les autres structures**

Le pôle personnes âgées comprend la médecine gériatrique, les soins de suite, les structures de moyen séjour et des résidences. La filière gériatrique repose donc sur les partenariats entre ces structures. Les transferts sont souvent source de difficultés entre les services. Or il est nécessaire d'offrir aux patients concernés une réponse adaptée, à proximité de leur domicile. Après analyse des transferts réalisés au cours des dernières années et l'identification des difficultés, les modalités de coopérations peuvent être formalisées : identification de référents, profils de patients, délais de réponses, supports de transmission d'informations, proportion de lits concernés…

- **Améliorer la procédure d'accueil au sein des résidences en formalisant les échanges d'informations nécessaires à l'admission**

Parce qu'elle intervient souvent dans un contexte difficile pour la personne âgée accueillie et pour son entourage, l'admission au sein d'une résidence constitue une étape essentielle dans l'élaboration d'un projet de vie individualisé. La qualité des échanges et l'exhaustivité du recueil d'informations réalisé en amont dépend en grande partie de la capacité des professionnels concernés à appréhender la situation dans sa globalité, en évitant toute approche cloisonnée du dossier. Pour qu'une relation de confiance s'instaure avec les résidants et leurs familles, les professionnels doivent disposer en temps utile d'informations fiables. L'harmonisation de la procédure d'accueil au sein des résidences concerne les étapes, les intervenants, les supports de transmission, les délais, la visite préalable, les liens avec la commission des admissions. Il est important de définir les modalités de mise à jour des dossiers des résidants, dans leurs différentes composantes.

- **Favoriser le maintien ou le retour à domicile des personnes âgées**

Quand elles deviennent dépendantes, les personnes âgées doivent avoir le libre choix de leur lieu de vie : à domicile ou en établissement. Pour que l'hospitalisation en urgence ou l'entrée en EHPAD ne soit pas la seule solution, les modalités de prise en charge à domicile doivent être suffisamment connues et structurées pour constituer une réelle alternative. L'hôpital doit développer des consultations externes, pour que l'urgence ne soit pas le seul mode de recours à une évaluation gériatrique, permettant de réévaluer les projets de soins et de réajuster la prise en charge à domicile et structurer l'accueil temporaire pour soutenir les aidants familiaux.

Ces actions contribuant à la mise en place d'une filière de soins gériatriques, doivent être accompagnées d'un plan de communication interne et externe.

En interne les paramédicaux ont besoin de structures leur permettant d'exprimer leurs opinions, leurs logiques et leurs valeurs professionnelles. C'est tout l'enjeu de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechnique (CSIRMT). Plus qu'un lieu de prérogatives réglementaires, elle est devenue un outil de travail et de réflexion, permettant aux paramédicaux de se faire reconnaître collectivement. Le Directeur des Soins doit encourager les soignants à communiquer sur leur quotidien et leurs pratiques professionnelles. Par ailleurs, cette instance soignante est un lieu de positionnement de l'image du travail en gériatrie devant la direction, les représentants soignants et médicaux.

Si structurer la filière gériatrique en interne à l'hôpital est une nécessité, en revanche l'établissement doit s'ouvrir sur la ville et communiquer à destination des médecins libéraux, des travailleurs sociaux, des associations, des professionnels des réseaux…

Conclusion

L'hôpital est aujourd'hui sous l'influence des contraintes économiques, des volontés politiques et des réalités sociétales. La longévité accrue constitue un nouveau défi pour notre société, nul n'est capable aujourd'hui d'affirmer qu'il existe une limite « naturelle » à la vie humaine. En 2002, le ministre de la santé écrivait *« le vieillissement apparaît comme un défi, comme une confrontation inéluctable avec notre humanité. Les personnes âgées souffrent plus que d'autres de ce monde auquel elles sont souvent étrangères, avant même de l'avoir quitté ».* L'Hôpital public, organisation complexe, doit savoir modifier son organisation interne pour répondre aux besoins de santé exprimés par le bassin de population qu'il dessert.

Les personnes les plus fragilisées, notamment celles de plus de 75 ans et présentant un profil polypathologique, nécessitent une prise en charge spécifique, dès leur admission à l'hôpital, sachant qu'elles arrivent actuellement le plus souvent aux urgences dans des situations de crise. En effet toute attente prolongée dans un box ou sur un brancard risque de provoquer chez elles un état de stress et d'anxiété important. De plus un parcours hospitalier inapproprié favorise des troubles fonctionnels et psychologiques longs à résorber (chute, incontinence, déshydratation, désorientation…).
Quelque soit leur mode d'entrée et le service où elles sont accueillies ou orientées, consultations, urgences, service de médecine ou de chirurgie, moyen séjour, ces personnes âgées doivent impérativement bénéficier d'une même qualité de prise en charge, garante d'une approche pluridisciplinaire globale et coordonnée. En interne, la prise en charge et l'orientation de ce public aux besoins spécifiques doit être plus réactive et efficace, ce qui implique l'organisation d'un circuit adapté en concertation avec les différents professionnels concernés, tant au niveau des urgences que de la gériatrie. Il est donc nécessaire que les professionnels partagent leurs pratiques, les coordonnent, les formalisent et les évaluent.

Le passage à l'hôpital n'est qu'un élément du parcours de soins des personnes fragilisées. Il ne saurait être dissocié de l'amont et de l'aval. Chaque centre hospitalier doit développer une filière gériatrique complète, aujourd'hui ouverte sur la ville et un territoire de santé, demain sur une communauté hospitalière de territoire[38]. Cette filière pourrait aussi agir en amont de l'hôpital, soit pour éviter les hospitalisations, soit pour faciliter

[38] Loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

l'admission directe en évitant le passage aux urgences, très souvent facteur de décompensation. Elle intervient au sein de l'hôpital pour faire en sorte que le passage aux urgences, s'il n'a pu être évité, soit limité dans le temps mais aussi l'occasion d'une orientation pertinente, fondée sur un avis gériatrique. L'hôpital doit travailler dans le cadre du réseau gérontologique, avec les structures d'aval hébergeant des personnes âgées ainsi qu'avec les intervenants du secteur social et les professionnels de santé libéraux. Cette articulation facilitée entre le sanitaire et le social devrait bénéficier aux personnes fragilisées, c'est un des objectifs fixés à la création des Agences Régionales de Santé.

Dans un contexte sanitaire en pleine mutation, complémentarité public – privé, ouverture de l'hôpital sur la ville, partenariat renforcé avec le secteur social, réforme des études, le positionnement des acteurs se trouve modifié. Le rôle du Directeur des Soins apparaît essentiel tant au point de vue de la cohérence, de la continuité des soins que de la stratégie managériale. Il doit veiller à ce que l'organisation institutionnelle ne soit pas prévalente sur une organisation de soins qui serait favorable aux patients. Il appartient au Directeur des Soins, d'élaborer un projet optimisant le parcours de soins de la personne âgée, de développer une organisation plus transversale, centrée sur le sujet fragile en l'impliquant dans sa prise en charge.
Dans les années à venir, la fonction évoluera en prenant en compte toute la dimension géographique des communautés hospitalières. Ainsi, le coordonnateur général des soins de l'hôpital, deviendra sans doute le coordonnateur général du parcours patient à l'échelle du territoire.

Cette période de réforme est dense, mais à l'heure de la mise en place du nouveau référentiel de formation en soins infirmiers, elle peut être une opportunité pour la gériatrie et la rendre plus attractive. La confrontation des pratiques des programmes d'échanges européens de type Léonardo da Vinci, peuvent valoriser la fonction soignante et favoriser le développement de nouvelles compétences.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel n°54 du 5 mars 2002.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°95, 23 avril 2002.

CIRCULAIRE DHOS/02/2007/ n°117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

CIRCULAIRE DHOS/01/2003/ n°195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

CIRCULAIRE DHOS/02/DGS/SD5D/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

CIRCULAIRE DGAS/AVIE/2C n°2001/24 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

OUVRAGES :

ALLARD M., THIBERT-DAGUET A., 1998, *Longévité mode d'emploi,* Ed. le Cherche Midi, 182p.

ANKRI J., HENRARD J-C., 1999, *Grand âge et santé publique,* Ed. EHESP, Rennes, 230p.

BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations,* Paris, Ed. du Seuil, collection Points, 378p.

BOURDELAIS P., 1997, *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Ed. Odile Jacob, 503p.

DORMONT B., 2009, *Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ?*, Paris, Ed. CEPREMAP, 80p.

DUJARIER M.A., 2006, *L'Idéal au travail,* Paris, Ed. Presses Universitaires de France, 231p.

ENNUYER B., CHABERT J., 2001, *Vivre au grand âge ; la dépendance des personnes âgées,* Ed. Autrement, 191p.
HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2002, *La santé en France,* Paris, Ed. la Documentation Française, 410p.
JODELET D., 1989, *Les représentations sociales,* Paris, Ed. Presses Universitaire de France, 424p.
KERVASDOUE J., 1996, *La santé intouchable, Paris,* Ed. J.C. Lattès, 294p.
LETEURTRE H., MALLEA P., 2005, *Performance et gouvernance hospitalières,* Paris, Ed. Berger-Levrault, 255p.
THIEBAUD D., THEZE N., 2005, *Comprendre le vieillissement* : libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse, Ed. le champ social, 209p.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

AQUINO J-P., avril 2007, *Le vieillissement et le plan national bien vieillir,* Hôpitaux magazine, p. 31
CARRASCO V., BAUBEAU D., janvier 2003, *Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale,* Etudes et Statistiques, n°212, p.7.
DEVAUX M., JUSOT F., TRANNOY A., 2008, *La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents,* Economie et statistique, n°411, p.25-46
ENNUYER B., 1991, *L'objet « personne âgée »,* in Être vieux, de la négation à l'échange, collection Mutations, n°124, Paris, Ed. Autrement, pp.14-28.
FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, mai 1999, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante,* Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1p.
GRIGNON M., mars 2003, *Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé,* Bulletin d'information en économie de la santé, n°66
KUNTZMANN F., RUDLOFF H., ETHEVE M., 1982, *Evaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques,* Revue de gériatrie, 7(6), p.263-271
SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, mars 2004, *Repérage de la fragilité chez la personne âgée,* La revue de gériatrie, tome 29, n°3

RAPPORTS, PLANS, PROGRAMMES, DEBATS, CONFERENCES :

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DE BRETAGNE, 2003, *Schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération*, 2003, *Prise en charge des personnes âgées,* p.2
AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION D'ÎLE DE France, décembre 2008, *Bilan de l'activité des services d'urgence en Île-de-France en 2007,* suivi du SROS urgence, 6p.

BAS P., 2006, *Plan solidarité grand âge,* Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 39p.

JEANDEL C., FITZEMEYER P., VIGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux ,* 40p.

KOUCHNER B., GUINCHARD-KUNSTLER P., mars 2002, *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005,*

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003, *Plan Urgences 2004-2008,* 23p.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficience : l'hôpital avance – 30 belles histoires de réorganisation des hôpitaux et des cliniques,* Paris, publication du Ministère de la Santé et des Solidarités, 33p.

MOLINIE E., 2005, *L'hôpital public en France,* Rapport du Conseil Economique et Social, 130p.

PREMIERES RENCONTRES DE GERONTOPSYCHIATRIE ET DE PSYCHOGERIATRIE EN ANJOU, 2004, *Actes de premières rencontres,* disponible sur le site www.med.univ-angers.fr, visité le 15/07/2009

SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, décembre 2003, *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences,* texte de la conférence de consensus, Strasbourg.

THESES ET MEMOIRES :

BLIEZ V., 2006, *La gériatrie recrute, attractivité et fidélisation en gériatrie, quelle stratégie pour le Directeur des Soins ?,* Mémoire de Directeur des Soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 59p.

MILLINER C., 2005, *Vieillissement et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital, l'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier de Landerneau,* Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 84p.

TAHLAITI M., 2006, *Mesures d'aide et de soutien aux aidants familiaux auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer, vers une approche intégrée et décloisonnée,* Mémoire de Master Professionnel parcours « Promotion et Education à la Santé », Université Aix-Marseille I, 112p.

SITES INTERNET :

HAUTE AUTORITE DE SANTE, mars 2005, *Le chemin clinique, une méthode vers l'amélioration de la qualité,* Service évaluation des pratiques professionnelles HAS, www.has-sante.fr, visité le 22/07/2009

MARASHIN J., mai 2007, *Regards croisés sur le plan solidarité grand âge,* www.hospimedia.fr, mise en ligne le 2 mai 2007, visité le 26/02/2009

MOTTA J-M., octobre 2003, *Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'individu » soignant,* 2ème partie, disponible sur Internet : http://www.cadredesante.com, visité le 04.08.2009

Liste des annexes

Annexe I : **Extrait de l'audit réalisé en mars 2009 dans le service des urgences du CHC par le contrôle de gestion (tableaux I et II)**

Annexe II : **Liste des professionnels de santé du CHC participant aux entretiens**

Annexe III : **Guide d'entretien**

Annexe IV : **Enquête statistique relative aux passages aux urgences du CHC - période janvier 2009**

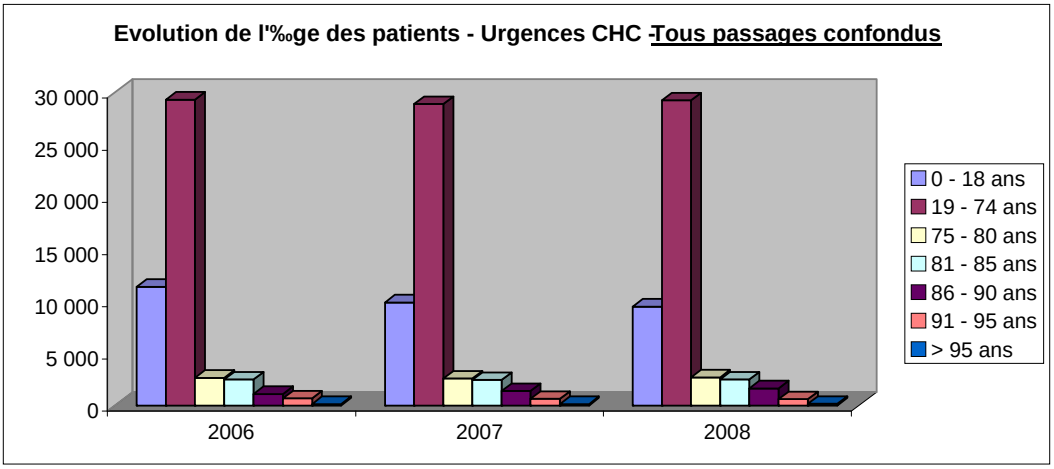
ANNEXE I

EVOLUTION DE L'ÂGE DES PATIENTS PRIS EN CHARGE AU CHC

Tableau I

URGENCES TOUT CHC	en nombre de prises en charge			2008/2006
	2006	2007	2008	en nb.
0 - 18 ans	11 365	9 874	9 474	-1 890
19 - 74 ans	29 303	28 887	29 242	-62
75 - 80 ans	2 648	2 578	2 677	29
81 - 85 ans	2 486	2 444	2 478	-7
86 - 90 ans	1 093	1 397	1 628	535
91 - 95 ans	687	634	583	-104
> 95 ans	129	133	157	28
Total tous passages confondus	**47 710**	**45 947**	**46 239**	**-1 471**

URGENCES TOUT CHC	selon répartition en %			% 2008/2006
	2006	2007	2008	
0 - 18 ans	23,82%	21,49%	20,49%	-16,63%
19 - 74 ans	61,42%	62,87%	63,24%	-0,21%
75 - 80 ans	5,55%	5,61%	5,79%	1,11%
81 - 85 ans	5,21%	5,32%	5,36%	-0,29%
86 - 90 ans	2,29%	3,04%	3,52%	**48,97%**
91 - 95 ans	1,44%	1,38%	1,26%	-15,20%
> 95 ans	0,27%	0,29%	0,34%	22,04%
Total tous passages confondus	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**-3,08%**



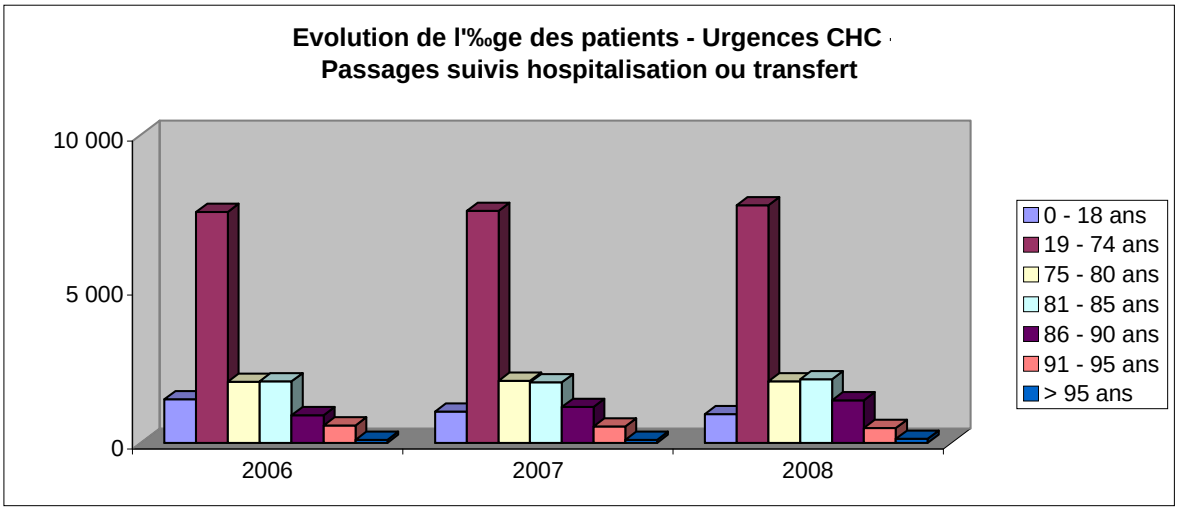
Évolution de l'âge des patients pris en charge aux urgences

Uniquement les passages suivis d'hospitalisations ou transferts

Tableau II

URGENCES TOUT CHC	en nombre de prises en charge			2008/2006 en nb.
	2006	2007	2008	
0 - 18 ans	1 410	1 012	927	-483
19 - 74 ans	7 508	7 528	7 721	213
75 - 80 ans	1 981	2 010	1 999	18
81 - 85 ans	1 997	1 963	2 060	63
86 - 90 ans	894	1 166	1 389	494
91 - 95 ans	562	531	490	-72
> 95 ans	97	99	127	30
Total passages suivis hospi. ou transferts	**14 450**	**14 309**	**14 713**	**263**

URGENCES TOUT CHC	selon répartition en %			% 2008/2006
	2006	2007	2008	
0 - 18 ans	9,76%	7,07%	6,30%	-34,28%
19 - 74 ans	51,96%	52,61%	52,48%	2,84%
75 - 80 ans	13,71%	14,05%	13,59%	0,93%
81 - 85 ans	13,82%	13,72%	14,00%	3,15%
86 - 90 ans	6,19%	8,15%	9,44%	55,28%
91 - 95 ans	3,89%	3,71%	3,33%	-12,84%
> 95 ans	0,67%	0,69%	0,86%	30,69%
Total passages suivis hospi. ou transferts	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**1,82%**



ANNEXE II

LISTE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DU CHC PARTICIPANT AUX ENTRETIENS

Direction :

- Directeur Général de l'établissement
- Directrice adjointe en charge des EHPAD
- Coordonnateur Général des Soins
- Directeur des Soins

Communauté médicale :

- Président de CME, urgentiste, chef du pôle Hospitalisation Non Programmées
- Gériatre, médecin coordonnateur du pôle Personnes Agées
- Gériatre, responsable de l'équipe mobile gériatrique
- Médecin DIM

Encadrement :

- Cadre supérieur de santé du service social
- Cadre supérieur de santé du pôle HNP
- Cadre supérieur de santé du pôle Personnes Agées
- Cadre de santé du service gériatrie
- Cadres de santé des urgences

Paramédicaux :

- IDE du service des urgences
- IDE du service gériatrie
- IDE de l'équipe mobile de gériatrie

Autres personnels :

- Ingénieur Hospitalier, contrôleur de gestion
- Technicien DIM

ANNEXE III

GRILLE D'ENTRETIEN

- **Présentation :** Mon parcours - Dans le cadre de la formation à l'EHESP, Mémoire professionnel – Sujet – Enquête

- **Interlocuteur :** NOM FONCTION SERVICE

- **Question ouverte : Que pensez vous de la prise en charge des personnes âgées dans les services d'urgences ? …. La suroccupation… ?**

- **1er Thème : Les urgences**

1/ Comment sont organisées les urgences au sein de votre établissement ?

2/ Existe-t-il une équipe mobile de gériatrie ? Si oui, cette équipe est-elle intégrée par l'intermédiaire d'un partenariat ou coopération au service des urgences ?

3/ Modalités d'admission les plus fréquentes pour les personnes âgées au sein de votre établissement ?

4/ Est-il possible d'admettre directement les personnes âgées ne relevant pas de l'urgence vitale en service de gériatrie ?

- **2ème Thème : La coordination des pôles**

1/ Existe-t-il une filaire gériatrique au sein de votre établissement ?

2/ Existe-t-il des lits dédiés post urgences gériatrique ?

3/ Le développement de la tarification à l'activité a-t-il eu un impact sur l'hébergement des personnes âgées dans les différents pôles d'activités ?

4/ La sortie du patient est-elle organisée sur le plan médico-social ?

- **3ème Thème : les professionnels et la gériatrie**

1/ Avez-vous des difficultés de recrutement des personnels paramédicaux dans les différents services de gériatrie ?

2/ Existe-t-il une politique de gestion des ressources humaines spécifique pour ces services ?

3/ Quel est le niveau de collaboration entre les équipes médicales et l'encadrement paramédical ?

- **4ème Thème : La politique institutionnelle et nationale**

1/ Les différents plans concernant la prise en charge de la personne âgée ont-ils permis d'améliorer sa prise charge ?

2/ Existe-t-il un lien entre l'hôpital de référence et les hôpitaux de proximité ?

3/ Quelle est la stratégie institutionnelle pour optimiser la prise en charge des personnes âgées et fluidifier les admissions non programmées ?

ANNEXE IV

ENQUÊTE STATISTIQUE

Relative aux passages aux urgences du CHC en janvier 2009

1 – Passage des personnes par classes d'âge

Total des passages	Tous les âges*	Personnes de + 60 ans	Personnes de + 75 ans
mois	3 562	1 104	706
jour	115	36	23
% total	100	31	20
% + 60 ans		100	64

* Taux d'hospitalisation globale : 31,0% en 2007 ; 31,8% en 2008 ; 33% en 2009

2 – Répartition par mode de sortie pour les personnes de + de 75 ans

Hospitalisation ou retour à domicile

Total	+ 75 ans	Hospitalisation CHC	Hospitalisation autres CH	Hospitalisation sans soins	Divers*	Retour domicile
mois	706	505	5	1	4 + 1	190
jour	23	16 à 17	-	-	-	6
%	100	72	<1	<1	<1	27

* décès et sortie contre avis médical

3 – Orientation des patients de + de 75 ans hospitalisés au CHC

Ce mode de sortie des urgences pour les + de 75 ans, représente environ 14% de la totalité des passages et environ 43% de la totalité des hospitalisations après urgences

Total	+ 75	Cardio.	Chirurgie	Médecine	Neuro.	Pneumo.	Autres
mois	505	46	161	189	18	31	60
jour	16 - 17	1 - 2	5	6	0 - 1	1	2
%	100	9	32	37	4	6	12

4 – La récurrence des patients aux urgences

Nouvelles hospitalisations : entre 1 et 7 jours, puis entre 7 et 14 jours.

2ème passage	Tous les âges	+ 60 ans	+ 75 ans
entre 1 et 7 jours	38	10	5
entre 8 et 14 jours	9	3	0
Total	47 (1,3%)*	13 (1,2%)*	5 (0,7%)*

* % par rapport à sa classe d'âge.